

10. Егоров А. Ю. *Нехимические (поведенческие) аддикции (обзор)*//Аддиктология, № 1. 2005.
11. Егоров А. Ю., Кузнецова Н. А., Петрова Е. А. *Особенности личности лиц, зависимых от Интернета*//Развитие специальной (коррекционной) психологии в изменяющейся России: Мат-лы научно-практической конференции «Ананьевские чтения — 2005» / Под ред. Л. А. Цветковой, Л. М. Шипицыной. СПб.: Изд-во СПбГУ, 2005.
12. Егоров А. Ю. *К вопросу о новых теоретических аспектах аддиктологии* // Наркология и аддиктология: Сб. науч. тр. / Под ред. проф. В. Д. Менделевича. Казань: Школа, 2004.
13. Короленко Ц. П. *Работоголизм — респектабельная форма аддиктивного поведения* // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. №1.1993.
14. Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. *Социодинамическая психиатрия* // М.; Екатеринбург: Деловая книга, 2002.
15. Кукк В. *Трудоголизм: труд как наркотик и тирания долга*//<http://www.dr.kukk.wrk.ru>
16. *Культуральные и этнические проблемы психического здоровья* / Под редакцией Т. Б. Дмитриевой, Б. С. Положего. М., 1996.

JOC DE NOROC PATOLOGIC LA ADOLESCENȚI

Inga Deliv, Ion Coșciug, Eugenia Sinița

Catedra de Psihiatrie, narcologie și psihologie medicală USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Teenager pathological gambling

Psychiatrists talk about the phenomena of pathological gambling in case of devastating material, familial, social and professional consequences of such a behavior. The situation is similar to the one of drug addiction, gambling develops the same tolerance estate, when it seems that there is a necessity of a bigger dose to create the state of wellbeing, while an attempt to stop gambling leads to physical and psychic effects similar to a pharmacological abstinence: irritability, anxiety, difficulties in concentration or a depressive mood.

Rezumat

Psihiatrii vorbesc despre jocul de noroc patologic în situația în care acest comportament persista dincolo de efectele devastatoare în plan material, familial, social, profesional. Asemănător cu ce se întâmplă în cazul dependențelor de droguri, jocul de noroc dezvoltă fenomenul de toleranță, în sensul că apare nevoia de a crește „doza” pentru a obține aceeași stare de bine, iar încercarea de a stopa jocul se însoțește de efecte fizice și psihice asemănătoare sevrajului la o substanță psihoactivă: iritabilitate, neliniște, dificultăți de concentrare sau dispoziție depresivă.

Actualitatea temei

Jocurile de noroc sunt populare din cele mai vechi timpuri. Le găsim la vechi societăți precum cele egiptene, chineze, japoneze, hindu sau persane. Considerații religioase, morale, economice au dus la variații extreme, în diferite perioade istorice, între acceptarea și interzicerea jocurilor de noroc. Adesea întâlnim atitudini ce variază de la admirație la dispreț [14]. Deși statisticile arată că cel puțin 86% din oameni au jucat cel puțin o dată un joc de noroc. Incidența jocurilor de noroc patologice este de 1 - 3%, balanța înclinând în favoarea bărbaților, femeile reprezentând doar 2-3% din totalul celor dependenți de jocurile de noroc.

Conform statisticilor, ne putem imagina jucătorul ca fiind bărbat, având o vârstă peste 30 ani, aparținând cel puțin clasei sociale de mijloc. Adesea, aceștia consumă frecvent alcool și droguri iar conflictele interpersonale și șomajul sunt mai frecvente [5; 16; 17].

Tendința excesivă a anumitor categorii de oameni pentru jocurile de noroc a intrat în centrul atenției psihologilor și psihiatrilor, constatându-se că se poate ajunge la o dependență patologică pentru jocurile de noroc (pariuri la curse de cai, piața bursieră etc), dependență cu efecte dezastruoase atât asupra vieții personale și profesionale a celui care joacă, cât și asupra familiei acestuia.

Deși problema gambling-ului a fost descrisă inițial la adulți, tot mai multe cercetări arată că este una dintre cele mai populare activități printre copii și adolescenți [10].

Studiile arată că prevalența la adulți este între 0,4%-3,4% deși sunt zone unde a fost raportată o prevalență mai mare de 7% (Australia), iar la adolescenți între 2,8% și 8%. Peste 80% dintre adolescenți cu vârste între 12-18 ani afirmă că au jucat în ultimele 12 luni. Mai mult de 35% dintre ei a jucat cel puțin o dată pe săptămână.

Statisticile recente arată că 4-8 dintre adolescenți au probleme serioase datorită jocului de noroc și între 10-14% dintre ei prezintă un risc crescut pentru acestea [16;17].

Obiectivele lucrării constau în studierea, elucidarea și trecerea în revistă a datelor, reflectate în literatura de profil, ce se referă la joc de noroc patologic.

Rezultate și discuții

Dependența de jocurile de noroc este astăzi considerată o tulburare gravă de comportament, având drept caracteristică esențială înclinația persistentă și repetitivă a persoanei de a participa la jocuri de noroc [1, 3].

Persoana poate fi preocupată de jocurile de noroc fie prin planificarea unor jocuri în viitorul apropiat, fie pentru găsirea unor modalități de a face rost de bani pentru a juca.

Mulți dintre cei diagnosticați cu această tulburare admit că nu au drept motivație principală dorința de a câștiga bani, ci că sunt în căutarea „acțiunii”, a unei stări de euforie pe care o obțin atunci când joacă.

Mizele sau pariurile pe care le fac devin cu timpul tot mai mari, la fel și riscurile pe care și le asumă, având nevoie de acestea pentru a continua să își producă nivelul dorit de „senzații tari”. Aceste persoane adesea continuă să joace în ciuda repetatelor eforturi de a se controla, de a-și stopa comportamentul. Iar când încearcă să se oprească, devin neliniștiți și iritabili.

Nu pot fi etichetați cu această tulburare cei care prin natura profesiei sunt implicați în aceste activități (ex brokeri de pe piața bursieră) și nici cei care, ocazional, participă la jocuri de noroc sociale.

Se pare că motivația principală de a juca jocuri de noroc este aceea de a evada de problemele pe care le au sau de a înlocui anumite stări disforice, cum ar fi sentimentele de neajutorare, vină, anxietate, depresie. Când devine lipsită de resurse financiare, persoana dependentă de jocurile de noroc poate recurge la comportamente antisociale: de la minciună și înșelătorie, la falsuri, fraude și furt pentru a obține bani.

Ea nu mai evaluează consecințele actelor sale, riscând astfel să intre în conflict cu legea, să își piardă locul de muncă, să își pună în pericol cariera, familia, relațiile cu cei apropiați. Aceste acte sunt consecința distorsiunilor care apar în gândirea persoanei afectate: negare a anumitor aspecte ale realității, încredere exagerată în sine, sentimente accentuate de putere și control asupra a ceea ce face. S-a constatat că cei care ajung dependenți de jocurile de noroc au anumite caracteristici de personalitate comune: sunt foarte competitivi, energici, activi, neliniștiți, persoane care se plictisesc ușor, care nu suportă rutina și monotonia, fiind în același timp preocupați să primească aprobarea celorlalți și să fie generoși până la extravaganta [2; 7].

Această dependență începe în mod obișnuit în adolescența timpurie în cazul bărbatilor și mai târziu la femei. Este o dependență care se instalează insidios, fără să ne dăm seama. Pot trece

ani de participare la jocurile de noroc, urmați de un „atac” brusc care poate fi precipitat de o expunere mai mare la jocurile de noroc sau de către o situație de viață stresantă.

Nevoia de a participa la jocurile de noroc crește progresiv și se accentuează în timpul perioadelor de stres sau depresie.

Tipuri de jocuri de noroc: Loterie națională, skretci – cartele, jocuri de noroc pe Internet, jocuri în cazino, mize în timpul competițiilor sportive, bingo, aparate de joc, pariuri.

Etiologie: Ca în orice alt comportament care devine excesiv, apare întrebarea: ce anume face ca persoana în cauză să repete o dată și încă o dată același comportament, care devine mult mai important decât orice lucru din viața cotidiană? Care sunt modificările ce intervin în viața personală sau în mediul natural al unei persoane, astfel că un anume comportament să traverseze bariera dintre normal și patologic?

Autorii care au studiat jocul de noroc patologic emit diverse ipoteze, de la faptul că acest comportament ar fi expresia unor ritualuri magice, sau un vestigiu al comportamentelor de risc ce „încearcă” norocul, dând iluzia de control, până la explicații mai simple ce au în vedere aspectele, generatoare de stare de bine și euforie.

În aspect medical mai bine este de conceptualizat cauzabilitatea jocului de noroc patologic, după natura sa ca fiind bio-psiho-social. În teoria învățării este stipulat accentul pe consolidarea efectelor pozitive ale jocului de noroc, care pot induce senzații de plăcere și euforie la jucători. Circuitul neuronal de nivel cerebral, „responsabil” de recompensă, în normă se activează la stimuli pozitivi, cum ar fi alimentele, apa și sexul, care sunt vital importanți pentru supraviețuire. Însă fixările „neobișnuite”, de exemplu substanțe psihoactive, jocul de noroc și Internetul, pot fi stimuli mai puternici, impunând oamenii să renunțe la sex, alimentație, serviciu, sănătate, etc [6; 11; 14].

Studiile retrospective arată că adulții dependenți de jocul de noroc recunosc că au început să joace de la vârste mici, de la 10-19 ani. La fel ca începutul vieții sexuale și utilizarea alcoolului și drogurilor, jocul de noroc poate fi expresie a eforturilor adolescenților de a-și descoperi și găsi identitatea proprie. Majoritatea adolescenților care joacă o fac pentru distracție sau afirmă că reprezintă un mod de socializare [6; 9].

La moment există mai multe teorii:

Teoria psihoanalitică (dorința inconștientă de a pierde, conflicte edipene nerezolvate);

Teoria învățării (venitul de bani și euforia acționează ca stimuli pozitivi de întărire);

Teoria cognitivă (denaturări cognitive, de ex: convingeri superstițioase, interpretări preconcepute);

Teoria neuromediatorie (disfuncția sistemelor serotonin-, noradren- și dopaminergice).

Trăsăturile jucătorului. Criteriile diagnostice:

1. Insucces progresiv de a controla acest comportament în defavoarea pierderilor financiare și relaționale;

2. Nevoia de a juca sume din ce în ce mai mari pentru a atinge aceeași stare de excitabilitate;

3. Jocul aduce cu sine o stare euforică, iar imposibilitatea de a juca determină fenomene de „sevrăj”;

4. Existența unor preocupări persistente în ceea ce privește jocul: planificări, modalități de a găsi bani etc.;

5. Eșecurile repetate în a controla jocul pe parcursul acestuia sau de a stopa acest comportament;

6. Jocul, privit ca modalitate de a scăpa de probleme sau de a diminua sentimente precum vinovăția, anxietatea, depresia, descurajarea;

7. Pierderea unei sume de bani este urmată de un nou joc, cu credința că „sigur de data asta voi recupera”;

8. Cei din jurul jucătorului sunt mințiți în legătură cu amplexarea pierderilor sau lipsei controlului asupra comportamentului;

9. Adesea apar comportamente ilegale, în legătură cu încercarea de a face rost de bani pentru a juca sau de a acoperi pierderile;

10. În timp apar dificultăți interpersonale, profesionale.

Shaffer și Hall au cercetat diferențele comportamentului pentru jocul de noroc concluzionând că există trei stadii de severitate ale acestui comportament:

- nivelul I: caracterizat prin lipsa problemelor sociale, aici se încadrează majoritatea adolescenților 73-89%;

- nivelul II: de tranziție, sunt incluși cei cu risc crescut 9,9-14,2%;

- nivelul III: joc patologic de noroc, 4,4 – 7,4% dintre adolescenți

Evoluția jocului de noroc patologic ar putea fi rezumată în patru faze:

Faza 1 - a „câștigului” Dezvoltarea comportamentului este determinată de câteva câștiguri inițiale. Persoana are iluzia controlului, sentimentul de încredere și atotputernicie.

Faza 2 - a „pierderii” Încep să apară pierderile. Jucătorul începe să dezvolte strategii sau ritualuri pentru a „aduce norocul înapoi”.

Faza 3 - a „disperării” Continuă să piardă. În această fază pot apărea comportamente ilegale, legate de procurarea de bani. Tot acum încep să se deterioreze relațiile și pot apărea episoade depresive, idei și tentative de suicid.

Faza 4 - a „deznădejdi” Acceptarea realității tuturor pierderilor și stoparea comportamentului determinat de limita extremă a dezastrelor financiare. Ceea ce poate încă continua comportamentul este încercarea de a re trăi starea de excitație inițială.

Particularități de evaluare:

1. Anamneza psihiatrică completă, inclusiv acuzele prezentate, evoluția tulburării psihice, anamneza familială și anamneza vieții personale;

2. Evaluarea detaliată a atracției față de jocuri de noroc: începutul, progresarea, frecvența în prezent (zile în săptămână sau ore în zi), gradul de manifestare la moment (banii cheltuiți raportați la venituri), tipul jocului, factorii de menținere, semne de dependență;

3. Consecințele: financiare, interpersonale, profesionale, sociale și juridice;

4. Motivele pentru adresare, motivația pentru schimbare și așteptările de la tratament;

5. Evaluarea riscului suicidal;

6. Evaluarea tulburărilor comorbide;

7. Statutul psihic complex.

Pentru identificarea problemelor induse de jocul de noroc patologic la adolescenți se poate aplica următorul chestionar:

1. Lipsești de la școală pentru ca să joci?

2. Ai rezultate slabe din cauza jocului?

3. Manifesti un interes crescut pentru literatura sportivă sau pentru evenimentele sportive?

4. Dai câteva telefoane pe săptămână pentru pariuri sportive, loterie sau contactezi site-urile web cu jocuri?

5. Utilizezi tot mai mult limbajul jucătorilor în conversații?

6. Cheltui mulți bani pentru acestea?

7. Joci ca să scapi de griji și probleme?

8. Ți-au reproșat cei din familie sau prietenii că ți-ai schimbat comportamentul?

9. Ești nervos sau frustrat atunci când nu joci?

10. Ai făcut rost de bani în mod ilegal ca să poți juca?

Diagnostic diferențiat:

1. Jocul de noroc (Z 72.6)

2. Mania (F 30)

3. Personalitatea sociopată (F60.2)

Oferta terapeutică

În foarte puține cazuri, cei care dezvoltă o problemă legată de jocurile de noroc caută ajutor în prima fază. De obicei, apelează la tratament în faza 3 sau 4, ca urmare a deteriorării relațiilor familiale sau a comiterii unor acte ilegale. Orice eveniment stresant, despărțirea de cineva

apropiat, o boală fizică, eșecurile profesionale pot agrava evoluția acestui comportament. Oferta terapeutică actuală include puține posibilități farmacologice, mai degrabă vizând tulburările afective - depresia sau anxietatea.

- SSRI (fluvoxamina doza medie 195 mg/zi maximal 300mg), timostabilizatori (litiu 1tab 500 mg de 2-4 ori/zi până la litemia 0,6-1mmol/l), carbamazepina (de la 200mg maxim 1600mg), valproat (inițial 5-15mg/kg/zi, se mărește zilnic cu 5-10mg/kg până la doza optimă 20-30 mg/kg/zi, maxim 50 mg/kg/zi)). Sunt folosite și olanzapina (5-20 mg/zi), bupropionul (Welbutrin SR, Zyban – 150-300, 400 mg/zi), Clomipramina (Anafranil – 25mg din start – 100-250 mg/zi), Topiramatul (topamax 25-100mg), nefazodonul (Serzone – 300-400 mg/zi).

Alături de acestea, anumite tehnici de psihoterapie: cognitiv-comportamentală și grupuri de jucători anonimi [4; 8; 12; 13].

Concluzii

Jocul patologic de noroc începe de obicei la adolescență, mai frecvent la băieți. Pentru cei mai mulți evoluția este insidioasă. Pot exista ani în care joacă cu amicii și colegii, durează o perioadă limitată de timp, cu pierderi acceptabile prestabile (joc de noroc social) pentru ca să fie urmați de un debut brusc, care poate fi precipitat de o expunere mai mare la joc sau de un stresor. Paternul de joc poate fi regulat sau episodic, iar evoluția este de obicei cronică. Aceste fixări comportamentale, prin impulsivitatea lor, prin stringența cu care se impun fac trecerea spre patologia clară a tulburărilor de control a impulsurilor, permit ancorarea patologiei psihice în socio-cultural. Particularitățile psihosociale și biologice ale achiziției, dezvoltării și persistenței comportamentului de joc impun, însă, o analiză biologică, psihologică și socio-demografică. Jocul patologic de noroc la adolescenți este asociat cu creșterea gradului de delinvență și crimă, alterarea relațiilor, efecte negative asupra performanței și activităților școlare.

Bibliografie

1. American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th edn) (DSM-IV). Washington, DC: APA.
2. Becona, E., Del Carmen, L. M. & Fuentes, M. J. (1996) Pathological gambling and depression. *Psychological Reports*, 78, 635–640.
3. Black, D. W. & Moyer, T. (1998) Clinical features and psychiatric morbidity of subjects with pathological gambling behaviour. *Psychiatric Services*, 49, 1434–1439.
4. Crockford, D. N. & El-Guebaly, N. (1998) Psychiatric comorbidity in pathological gambling: a critical review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 43–50.
5. Cunningham-Williams, R. M., Cottler, L. B., Compton, W. M., *et al* (1998) Taking chances: problem gamblers and mental health disorders – results from the St. Louis Epidemiological Catchment Area study. *American Journal of Public Health*, 88, 1093–1096.
6. Echeburua, E., Fernandez-Montalvo, J. & Baez, C. (2000) Relapse prevention in the treatment of slot-machine pathological gamblers: long-term outcome. *Behavioural Therapy*, 31, 351–364.
7. Gamblers Anonymous (2005) *Twenty Questions*. Los Angeles, CA: Gamblers Anonymous. <http://www.gamblersanonymous.org/20questions.html>
8. Grant, J. E., Kim, S. W., Potenza, M. N., *et al* (2003) Advances in the pharmacological treatment of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 19, 85–109.
9. Griffiths, M. (2004) Betting your life on it. *BMJ*, 329, 1055–1056.
10. Jacobs, D. F., Marston, A. R., Singer, R. D., *et al* (1989) Children of problem gamblers. *Journal of Gambling Behaviour*, 5, 261–267.
11. Kausch, O. (2003) Patterns of substance abuse among treatment-seeking pathological gamblers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25, 263–270.
12. Kim, S. W. & Grant, J. E. (2001b) The psychopharmacology of pathological gambling. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 6, 184–194.
13. Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., *et al* (2001) Cognitive treatment of pathological gambling. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 774–780.

14. Raylu, N. & Oei, T. (2001) Pathological gambling: a comprehensive review. *JAMA*, 286, 141–144.
15. Saiz-Ruiz, J., Blanco, C., Ibanez, A., *et al* (2005) Sertraline treatment of pathological gambling: a pilot study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 28–33.
16. Shaffer, H. J., Hall, M. N. & Vander Bilt, J. (1999) Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the US and Canada: a research synthesis. *American Journal of Public Health*, 89, 1369–1376.
17. Sproston, K., Erens, B. & Orford, J. (2000) *Gambling Behaviour in Britain: Results from the British Gambling Prevalence Survey*. London: National Centre for Social Research.

STĂRILE AFECTIVE LA ADOLESCENȚII DIN FAMILIILE DEZINTEGRATE

Dorina Nicolaescu, Ion Coșciug, Felicia Casiadi, Marina Lopusanscaia,

Olivia Cepoi, Alexei Bandati

Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie medicală USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

The affective conditions in the teen-agers from unfavourable families

The clinico and clinico-psihological investigation of a certain number of a teen-agers from unfavourable and complete families permitted to reveal the affective condition in the teen-agers presented in this study. The separation of the family members inevitably leads to radical changes in the normal function of the family, that reflects on life quality and the personality of its members, especially of the children. The temporary separation of the parents supposes a stress that is felt by the teens as an insecurity, that leads to anxiety, depression, neurotic disorders correlated with stress, hetero and/or autoaggressiveness.

Rezumat

Investigațiile clinice și clinico-psihologice ale unui eșantion de adolescenți din familii dezintegrate și complete au permis evidențierea stărilor afective prezente la categoria de persoane studiate. Separarea duce inevitabil la schimbări radicale în funcționarea familiei, fapt ce se răsfrânge asupra calității vieții și personalității membrilor ei, în special asupra copiilor. Separarea temporară de părinți presupune un stres resimțit de adolescent ca senzație de insecuritate care facilitează instalarea anxietății, depresiei, tulburărilor nevrotice și corelate cu stresul, hetero-sau/și autoagresivității.

Actualitatea temei

Acum sunt singur...casa e pustie fără ei...Nu am aceeași dispoziție ca înainte, mă uit la alți copii și mi-e trist. Nu-mi trebuie bani și plâng...Inima mea nu mai este întreagă fără mama și tata...Dorul de ei mă apasă, nici nu știu cum să redau acest sentiment...eram fericiți cu părinții alături... Ca un ecou răsună tristețea miilor de adolescenți rămași singuri la ei acasă [5].

Actualitatea temei este determinată de schimbările de ordin socioeconomic din ultimii ani din R. Moldova, care au impact important asupra personalității, inclusiv asupra afectivității umane. Problematika formării unei personalități armonioase, favorabile în aspect afectiv, în condițiile actuale de dezvoltare a societății noastre, se reduce o dată cu apariția fenomenelor social-nefavorabile, consecințele cărora se răsfrâng asupra vieții și calității relațiilor [16]. Lipsa de afectivitate și de maturitate afectivă contribuie la apariția unor dificultăți adaptative și a unor devieri de comportament, ca reacții de protest împotriva acestor lipsuri.

Carența afectivă determină sentimentul de frustrare, datorat, atât indiferenței relaționale de atașament, cât și influenței unui mediu ambiant nou, străin și rece...„Mulți copii din familii dezintegrate suferă atât din cauza despărțirii de părinți, cât și din cauza despărțirii părinților, pentru că între membrii familiei apare o „prăpastie emoțională”.